

Formulario de afirmación de conexiones de salud bucal del paciente

Oral Health Connections Patient Attestation Form

Fecha	ID del cliente	Número NPI del proveedor	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Edad
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico		
El cliente debe llenar y firmar este formulario antes de que la Health Care Authority (HCA) pague sus servicios.			

Yo, _____, afirmo que tengo un diagnóstico médico y actualmente recibo tratamiento para (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Embarazo Fecha de diagnóstico _____	<input type="checkbox"/> Diabetes Fecha del diagnóstico _____
---	--

Recibo tratamiento para mi diabetes y/o embarazo de:

1	Nombre del proveedor médico	Nombre de la clínica	Número de teléfono de la clínica
2	Nombre del proveedor médico	Nombre de la clínica	Número de teléfono de la clínica
3	Nombre del proveedor médico	Nombre de la clínica	Número de teléfono de la clínica
4	Nombre del proveedor médico	Nombre de la clínica	Número de teléfono de la clínica
Use el reverso del formulario para anotar proveedores y clínicas adicionales.			

--	--	--

Nombre del cliente en letra de molde

Firma del cliente

Fecha

--	--	--

Nombre del proveedor en letra de molde

Firma del proveedor

Fecha

Este formulario debe estar contestado y tener todas las firmas en la fecha de entrega. Esta será la fecha que la Health Care Authority (HCA) esperará ver en sus facturas. Debe mantener una copia en su expediente de cliente y entregarla a la HCA cuando se le solicite para determinar que se han satisfecho todos los requisitos de WAC 182-535-1270.